DISSERTATION

N° 98.

SUR

LA MÉTRO-PÉRITONITE PUERPÉRALE

COMPLIQUÉE DE L'INFLAMMATION DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES DE L'UTÉRUS.

PROPOSITIONS

SUR LE CHOLÉRA-MORBUS;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 mai 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR AUGUSTE NONAT, de Fontaine-Fourche,
Département de Seine-et-Marne;

Bachelier ès-sciences; Interne des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Duo sunt præcipui medicinæ cardines, ratio et observatio.
BAGLIVI.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, *Examinateur.*
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉEIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générale	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD, *Examinateur.* / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Suppléant.* / ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque, *Examinateur.*	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin-Solon.
Brongniart, *Suppléant.*	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE.

A MA BONNE MÈRE.

A MES SOEURS ET A MON FRÈRE.

Gage d'amitié.

A MONSIEUR **SERRES**,

Membre de l'Académie des sciences ; Médecin de l'hôpital de la Pitié ;
Chef des travaux anatomiques, etc., etc.

Hommage et reconnaissance.

A. NONAT.

A MONSIEUR

LE BARON THÉNARD,

MON ONCLE,

Professeur au Collége royal de France, à l'École polytechnique, à la Faculté des sciences; Doyen de la même Faculté; Membre de l'Académie des sciences et des Académies de Londres, d'Édimbourg, de Berlin, etc., etc.

Guidé par vous dans mes études, permettez-moi de vous offrir ce premier essai, comme un témoignage bien faible de ma reconnaissance.

A. NONAT.

INTRODUCTION.

Les maladies des nouvelles accouchées présentent un si haut degré d'intérêt, qu'à toutes les époques elles ont dû fixer l'attention des praticiens : aussi combien d'ouvrages publiés sur ce sujet! que de théories successivement admises et rejetées pour l'interprétation des phénomènes! que de méthodes de traitement préconisées, non-seulement pour arrêter, mais encore pour prévenir les accidens qui en sont la suite! Si je voulais rappeler tous les auteurs qui s'en sont occupés, je ne ferais que répéter ce que d'autres ont dit et répété avant moi. Qu'il me suffise de jeter un coup d'œil sur les travaux qui ont été publiés sur le siége anatomique de la fièvre puerpérale. C'est *Chomel* qui, au rapport de *Mercier* de Rochefort, a, le premier, entrevu l'inflammation du péritoine chez les femmes en couches ; il en a donné une observation en 1728. Plus tard, *Johnston* et *Walter* ont décrit cette inflammation avec autant de précision qu'il était possible de le faire à l'époque où ils s'en sont occupés. *Pinel* (Nosogr. philos., ordre des phlegmasies séreuses, 1re. édit., 1796) avait entrevu la nature de la fièvre puerpérale ; il la désigna, dès cette époque, sous le nom d'*entérite aiguë à la suite des couches.* C'était un grand pas vers d'autres connaissances touchant le siége et la nature de la fièvre puerpérale.

Bientôt après, *Bichat*, en traitant de la péritonite, y rattacha d'une manière générale l'histoire de la fièvre puerpérale. Une nouvelle ère médicale était préparée ; l'anatomie pathologique, ce flambeau, cette boussole de la thérapeutique, allait prendre un essor plus brillant que jamais : aussi vit-on une foule d'observations confirmer les recherches de *Bichat ;* le nom de *fièvre puerpérale* disparut du langage médical. Cependant la péritonite était insuffisante pour expliquer toutes les variétés qu'on observe, soit dans les symptômes, soit dans leur marche, soit dans leur mode de terminaison. C'est en vain qu'on invoquait les différences individuelles, une partie du problème était encore à résoudre. De nouvelles recherches sont entreprises ; MM. *Ribes*, *Chaussier*, *Husson*, furent conduits presque en même temps à soupçonner l'existence de la phlébite utérine : déjà M. *Ribes* avait publié ses beaux travaux sur l'inflammation des veines. Plus tard, M. *Dance*, jeune médecin fort distingué, et enlevé à la science par une mort prématurée, poursuivit avec une rare sagacité l'inflammation des veines utérines; il publia, dans les Archives générales de médecine, deux mémoires intéressans, où se trouvent consignées un grand nombre d'observations fort exactes. Enfin il est un genre de lésion utérine sur laquelle *Boër* a le premier fixé l'attention des pathologistes allemands ; je veux parler de la putrescence ou gangrène spontanée. Si je consulte toutes les observations qui me sont propres et celles que j'ai trouvées consignées dans diverses monographies, je suis conduit à penser que cette putrescence de la matrice n'est rien autre

chose qu'un mode de terminaison de la métrite, et que, dans tous les cas décrits sous le nom de *putrescence*, il y avait à la fois injection purulente des vaisseaux lymphatiques de l'utérus : l'analogie des symptômes me confirme dans cette opinion.

La gangrène proprement dite de la matrice est une maladie fort rare, si j'en juge d'après ce que j'ai vu à l'Hôtel-Dieu en 1831 : en effet, je ne l'ai rencontrée qu'une seule fois, malgré l'épidémie qui frappa la salle des nouvelles accouchées, tandis que la métro-péritonite simple, mais surtout celle compliquée de lymphangite, tandis que la phlébite utérine se sont montrées souvent à mon observation.

L'opinion que j'ai émise plus haut sur la nature de la putrescence utérine est parfaitement en harmonie avec toutes les épidémies de fièvre puerpérale dont l'histoire nous a été transmise. En effet, il paraît qu'elle revêt alors la forme adynamique, et qu'elle prend un caractère de malignité qui n'a échappé à personne, et qu'on ne lui retrouve presque jamais à d'autres époques. C'est là ce qui en fait une maladie spéciale, et ce qui doit autoriser à la décrire d'une manière isolée ; l'inflammation des vaisseaux lymphatiques vient imprimer à la métro-péritonite une physionomie toute spéciale.

Le docteur *Tonnellé*, ex-interne de la Maternité, a publié un mémoire fort intéressant sur la fièvre puerpérale, dans lequel il a rassemblé différentes observations de phlébite et de lymphangite utérines ; mais, n'ayant trouvé aucune dif-

férence entre leurs symptômes, il les a décrites sous le même nom.

Ainsi, on possède des notions exactes touchant les diverses lésions qui constituent la fièvre puerpérale; mais il reste encore à en établir le diagnostic différentiel. Je vais essayer de remplir cette lacune, après avoir tracé l'histoire de la métro-péritonite compliquée de lymphangite : si je ne suis point parvenu à résoudre entièrement ce problème, j'aurai du moins le mérite d'avoir, le premier, appelé l'attention des praticiens sur cette importante matière; d'ailleurs je me propose de publier sur le même sujet un mémoire beaucoup plus étendu, dans lequel je réunirai toutes les observations qui viennent à l'appui des généralités qui font l'objet de cette dissertation.

DISSERTATION

SUR

LA MÉTRO-PÉRITONITE PUERPÉRALE

COMPLIQUÉE DE L'INFLAMMATION DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES DE L'UTÉRUS.

Caractères anatomiques.

Regardant la lymphangite utérine comme une complication de la métrite, je me trouve obligé de décrire certaines lésions qui appartiennent à l'inflammation simple de l'utérus; toutefois j'insisterai d'une manière toute particulière sur les altérations des vaisseaux lymphatiques et de leurs dépendances.

Pour découvrir ces diverses lésions, il est nécessaire de disséquer chaque partie de l'utérus, et d'explorer avec soin ses vaisseaux lymphatiques ou veineux.

Voici les résultats qui m'ont paru le plus constans : l'utérus a un volume considérable; il dépasse le pubis de plusieurs pouces, et s'é-

lève quelquefois au niveau de l'ombilic ; d'ailleurs, il occupe plus ou moins d'étendue suivant l'époque de l'accouchement ; sa surface externe est lisse, d'un blanc jaunâtre, quelquefois d'une teinte rougeâtre.

Ses parois ont une épaisseur plus ou moins grande; elles sont ordinairement molles, flasques et se déchirent aux moindres tractions.

On trouve dans sa cavité les débris de l'arrière-faix et de l'exhalation lochiale; ces débris forment une couche semi-liquide, pseudo-membraneuse, tantôt brune, tantôt jaunâtre ; ils tapissent la surface interne de l'utérus et répandent une odeur aigre, fétide et gangréneuse dans quelques circonstances ; ce détritus enlevé par le lavage ou à l'aide du manche d'un scalpel, on découvre le tissu propre de l'utérus; ses couches superficielles sont ramollies et presque réduites en pulpe ; sa couleur varie, elle est jaunâtre, livide ou marbrée de points rouges ; le museau de tanche est fortement injecté, et quelquefois même il offre de véritables ecchymoses. Le ramollissement dont j'ai parlé s'accompagne toujours d'une infiltration purulente ; quant au siége de cette lésion, le limbe du col utérin m'a paru l'être d'une manière presque exclusive. Le plus souvent le corps de la matrice m'a présenté la teinte grise, sa consistance ferme, sans traces de pus ni dans le tissu cellulaire, ni dans les vaisseaux ; une ligne de démarcation bien tranchée séparait les points ramollis de ceux qui ne l'étaient pas.

Toutefois, quelques lignes au-dessous du péritoine, c'est-à-dire près de la périphérie utérine, je retrouvai, comme dans le col, cette teinte jaunâtre, cette infiltration purulente que je viens de signaler.

Ajoutez que çà et là on rencontre des espèces de foyers purulens, qui semblent nichés au milieu du tissu de la matrice, mais principalement dans les parties latérales. Voilà ce qu'apprend un examen superficiel.

Mais si l'on va plus loin, si l'on analyse chaque tissu de la matrice,

si l'on va rechercher les vaisseaux lymphatiques, on découvre d'autres lésions. Je dois les indiquer avec détail.

Pour mettre plus promptement à nu les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, il faut aller les chercher près des veines ovariques et de la paroi latérale du bassin, en un mot là où ces vaisseaux se rencontrent dans l'état normal.

On les aperçoit au-dessous du péritoine, ils sont d'un blanc jaunâtre ; leur volume varie, et peut égaler celui d'un tuyau de plume à écrire. On les suit avec facilité dans tout leur trajet ; au milieu des ligamens larges ils offrent de nombreuses sinuosités et des renflemens fort remarquables de distance en distance ; leurs subdivisions vont en augmentant à mesure qu'ils se rapprochent de la matrice. Arrivés près de cet organe, les uns côtoient ses parties latérales, d'autres se dirigent en haut, d'autres en avant : ces derniers rampent au-dessous du péritoine, à travers lequel ils se dessinent admirablement; d'autres enfin, et c'est le plus grand nombre, pénètrent le tissu même de l'utérus, et s'y ramifient d'une manière prodigieuse. On ne saurait en suivre toutes les divisions ; quelquefois j'ai cru les voir arriver jusque près de la surface interne.

Toute incision pratiquée sur le limbe du col laisse suinter un liquide jaunâtre, bien lié, en un mot du véritable pus, à travers une multitude d'orifices vasculaires.

A côté de ces orifices, d'autres laissent écouler du sang; ils font partie du système veineux ou artériel. Une remarque importante à faire, c'est que la lymphangite se rencontre toujours dans les points que j'ai signalés plus haut comme le siége du ramollissement utérin (ou *putrescence* de certains auteurs). La phlébite utérine offre tout à fait l'inverse; elle se montre constamment au niveau de l'insertion placentaire ; elle tire son origine des extrémités veineuses qui aboutissent au placenta, et de là se propage aux veines plus profondes et même aux veines ovariques.

Revenons aux vaisseaux lymphatiques, poursuivons-les hors des

ligamens larges. Réduits à trois ou quatre troncs, ils accompagnent les veines ovariques et vont se jeter dans les ganglions lymphatiques qui, sous forme de chapelet, reposent sur les apophyses transverses de chaque vertèbre lombaire. Non-seulement ces vaisseaux contiennent du pus, mais encore le tissu cellulaire qui les entoure, mais encore les ganglions dont nous venons de parler.

De ces ganglions partent un grand nombre de vaisseaux également injectés de pus; enfin le canal thoracique lui-même peut renfermer un liquide purulent. Ce dernier cas ne s'est présenté qu'une seule fois à mon observation. Ordinairement ce canal est vide et entièrement sain.

Rien, du reste, n'est plus susceptible de varier que le nombre de vaisseaux et de ganglions, qu'on trouve remplis de pus.

Ce n'est pas tout, j'ai cru devoir examiner si les vaisseaux eux-mêmes ont subi une altération dans leur tissu. Voici les résultats que j'ai obtenus à cet égard :

Leur surface interne est souvent exempte de rougeur ou à peine injectée; leurs parois sont blanchâtres, transparentes, sans épaississement et sans ramollissement notables; dans cette circonstance, le pus est la seule trace de la phlegmasie.

Mais en revanche leurs parois sont quelquefois rougeâtres, épaissies, ramollies, et cèdent aux moindres tractions. Aucun doute alors que ces vaisseaux n'aient été le siége d'un travail inflammatoire.

Quand même nous n'aurions pas trouvé ces dernières lésions, la présence d'un pus épais et bien lié dans ces vaisseaux, l'infiltration séreuse ou purulente du tissu cellulaire ambiant, seraient une preuve irrécusable de leur phlogose.

Mais, me dira-t-on, le pus a été résorbé, il provient de l'utérus, des ligamens larges et du péritoine; c'est là qu'il s'est formé primitivement, c'est de là que les vaisseaux lymphatiques l'ont puisé.

Il est possible que la chose se passe ainsi; car la résorption du pus est un phénomène incontestable, on est forcé de l'admettre quand de véritables abcès disparaissent sans ponction. Mais alors on n'observe

jamais le moindre accident consécutif, et je ne sache pas que les vaisseaux qui entourent ce foyer aient jamais été trouvés injectés de pus.

Il est probable que dans ce cas le pus n'est point repris, par les vaisseaux, avec toutes ses qualités ; il est probable qu'avant d'être absorbé il subit une transformation préalable. On concevrait difficilement que le phénomène se passât d'une autre manière ; aussi quand on rencontre du pus dans les vaisseaux, ils offrent le plus souvent des traces non équivoques d'un travail inflammatoire. Que cette phlegmasie soit primitive ou secondaire, une fois développée, elle devient capable de donner naissance à du pus, et à tous les désordres fonctionnels que nous rattachons au passage de ce liquide dans le torrent circulatoire.

D'ailleurs, je n'ai trouvé aucun rapport entre la suppuration des vaisseaux lymphatiques et la présence du pus dans le péritoine, dans la matrice ou dans les ligamens larges ; j'ai même vu des vaisseaux injectés de pus tirer leur origine de parties qui n'en renfermaient aucune trace.

C'est d'après ces motifs que j'ai cru devoir admettre la suppuration des vaisseaux lymphatiques, comme une suite de leur phlegmasie et de celle de la matrice.

Quant aux lésions qui coïncident avec celles que je viens de décrire, on ne trouve de constante que l'inflammation du péritoine ; les autres altérations varient beaucoup, et ne jouent qu'un rôle accessoire dans la production des phénomènes morbides ; aussi je n'en ferai point mention.

Cependant je dois noter que jamais je n'ai retrouvé ni ces foyers circonscrits dans les poumons, ni ces abcès multiples du foie et de la rate, ni ces vastes collections purulentes dans les articulations ou dans les gaînes des tendons ; ces lésions appartiennent à la phlébite. J'ai disséqué les veines utérines avec le plus grand soin, elles ne m'ont offert aucune trace de phlogose.

Avant de terminer ce qui concerne les altérations pathologiques,

il serait intéressant de rechercher si le sang lui-même n'éprouve pas quelques changemens, soit dans ses propriétés physiques, soit dans sa composition intime. Jusqu'ici je ne sache pas que l'analyse chimique soit parvenue à découvrir d'autres altérations du sang, que celles qui portent sur la proportion de ses principes constituans ; je ne sache pas non plus qu'il soit permis d'y démontrer la présence du pus; l'analyse microscopique conduirait peut-être à des résultats plus satisfaisans; l'expérience n'a point encore prononcé. Toutefois la continuité des vaisseaux lymphatiques avec le système veineux nous autorise à admettre le passage du pus dans le torrent circulatoire; mais, je le répète, aucune expérience directe ne l'a rendu palpable et ne l'a mis hors de doute.

Je ne parlerai pas des changemens qu'ont subis les propriétés physiques du sang, chacun a pu les constater; en effet, ce liquide offre les caractères qu'on lui retrouve dans toutes les maladies qui revêtent la forme typhoïde, adynamique; il est fluide, d'une teinte un peu louche, quelquefois mêlé de grumeaux, et constamment il se coagule avec une grande difficulté.

Étiologie.

La mètro-peritonite compliquée de lymphangite appartient, d'une manière presque exclusive, aux hôpitaux, où chaque année sont reçues un grand nombre de nouvelles accouchées. On ne l'aperçoit en ville qu'à des intervalles éloignés; d'où vient cette différence? Devons-nous la chercher dans un virus qui se développerait dans les hôpitaux? Devons-nous l'attribuer aux constitutions des femmes qui se trouvent obligées de recourir aux hôpitaux? Nous allons entrer dans quelques détails, car la solution d'un problème d'une si haute importance mérite toute l'attention des praticiens; je ne veux pas m'abandonner à de vaines spéculations, je m'attacherai aux faits, et seulement aux faits; les conséquences s'en déduiront d'elles-mêmes.

Je pourrais, à l'aide des chiffres, montrer l'influence des localités

sur la production des épidémies de fièvres puerpérales : et d'abord, il est incontestable qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, chaque année donnait une mortalité effrayante parmi les nouvelles accouchées, alors qu'elles occupaient, au rez-de-chaussée, une salle mal aérée et humide, alors qu'en grand nombre elles étaient réunies dans la même salle; au milieu de pareilles conditions, dans ce cloaque d'infection, les épidémies de fièvre puerpérale qu'on observait à cette époque n'ont rien qui doive étonner.

Il est également incontestable que ces épidémies sont devenues moins fréquentes et moins meurtrières dès l'instant qu'on introduisit à l'Hôtel-Dieu d'importantes modifications dans la disposition des salles, dès l'instant qu'on dissémina les nouvelles accouchées; aussi l'hôpital de la Maternité, quoique mieux situé que l'Hôtel-Dieu, est loin de remplir toutes les conditions de l'hygiène; on y reçoit chaque année un trop grand nombre de nouvelles accouchées. Cette dernière circonstance, suivant moi, est la seule cause des épidémies qui font quelquefois de si grands ravages dans cet hôpital. Je crois devoir rapporter ce que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1831 : depuis plusieurs années, M. *Caillard* avait fait placer les nouvelles accouchées dans une salle qui occupe le dernier étage; elles se trouvaient isolées des autres malades, et en petit nombre; cette mesure avait amené les meilleurs résultats : chaque année on ne perdait qu'une malade sur vingt-cinq.

Au mois de janvier 1831, l'affluence des nouvelles accouchées oblige d'en admettre un plus grand nombre que de coutume; la salle ne tarde pas à être encombrée : bientôt plusieurs sont atteintes de métro-péritonite compliquée de lymphangite, et succombent. On fait cesser l'encombrement au mois de mars suivant, et l'épidémie s'arrête.

M. le professeur *Cruveilhier* a obtenu les mêmes résultats à l'hôpital de la Maternité.

Toutefois je suis loin de prétendre que l'encombrement soit la cause essentielle des épidémies de fièvre puerpérale; mais je le re-

garde comme l'une des causes occasionelles les plus puissantes; on doit s'efforcer de l'éloigner. Sans doute il serait important de découvrir la cause première de ces épidémies ; mais toutes nos recherches à cet égard ne pouvant nous conduire qu'à des hypothèses plus ou moins brillantes, j'arrive à d'autres causes occasionelles que nous pouvons apprécier, et qui m'ont paru souvent jouer aussi un grand rôle.

Au premier rang, je crois devoir ranger ces abaissemens rapides de température, qui, en modifiant l'hygrométrie de l'air atmosphérique, peuvent troubler la fluxion que la nature tend à établir vers les seins, suspendent l'écoulement lochial, excitent le frisson, de la céphalalgie et d'autres désordres fonctionnels : cette circonstance ne peut-elle pas faire naître une surexcitation vers d'autres points de l'organisme? ne peut-elle pas développer l'inflammation de l'utérus et de ses dépendances ?

Je ne parlerai pas de l'influence qu'exercent les changemens électriques de l'atmosphère; nous ne possédons sur cette question que des résultats fort incertains.

Je ne dois pas omettre les écarts de régime, l'emploi intempestif de médicamens irritans, le défaut d'excitation des seins, les manœuvres exercées pour terminer l'accouchement, la lenteur du travail, les tentatives prématurées qui ont pour but de hâter l'expulsion du placenta ou de détruire ses adhérences avec la matrice.

Enfin, qui ne connaît le danger des impressions morales chez les nouvelles accouchées? Qui ne sait que des chagrins, certaines contrariétés, une joie excessive, une nouvelle inattendue, ont souvent occasioné chez elles les plus graves accidens?

Quant à l'influence de l'âge et de la constitution, j'ai remarqué, en général, que les femmes primipares, celles d'une constitution lymphatique, celles marquées de taches roussâtres, et enfin celles détériorées par des excès de tout genre ou par la misère, sont plus sujettes à contracter la métro-péritonite compliquée que les femmes

dont la constitution est robuste, et qui n'ont souffert ni des excès, ni de la misère.

Symptômes.

Pour procéder avec plus d'ordre dans l'exposé des symptômes infiniment complexes qu'on observe pendant le cours de la métro-péritonite accompagnée de lymphangite, nous examinerons d'abord les phénomènes locaux, puis nous passerons à ceux qui dépendent des sympathies exercées sur d'autres organes plus ou moins éloignés.

C'est ordinairement du premier au cinquième jour après l'accouchement, que se développe la maladie dont nous nous occupons. Son début est marqué par un frisson dont la durée varie; des claquemens de dents l'accompagnent, ainsi que de fréquentes horripilations; quelquefois un malaise général en annonce l'imminence; dans d'autres cas, aucun trouble de l'organisme ne le précède; il apparaît alors d'une manière brusque et foudroyante. D'ailleurs sa durée et son intensité sont presque toujours en rapport avec la gravité de la maladie. Si déjà l'hypogastre ne manifestait aucune souffrance, il ne tarde pas à en donner des indices irrécusables; une douleur plus ou moins vive, avec ou sans la pression, se décèle au niveau de l'utérus; cette douleur se propage à toute l'étendue de l'abdomen; elle est quelquefois si intense, que les malades ne peuvent même supporter le poids des couvertures. Cependant, et ce fait m'a frappé, rarement elle acquiert un degré aussi haut, rarement elle égale la douleur qui accompagne la métro-péritonite simple; j'ai même observé plusieurs cas où la douleur était complètement nulle; en vain je pressais le ventre, les malades ne m'accusaient pas la moindre souffrance. Du reste, dans tous les cas, l'indolence du ventre pourrait en imposer pour une amélioration survenue de ce côté; mais, comme je le dirai bientôt, on peut facilement éviter cette méprise en tenant compte de l'ensemble des phénomènes généraux; le météorisme du ventre et sa tension se remarquent d'une manière constante: je ne sache pas qu'on ait observé quelques exceptions à cet égard.

L'utérus fournit des renseignemens importans à connaître et à constater ; il conserve un volume considérable, n'est point revenu sur lui-même, remonte jusque près de l'ombilic, et forme au-dessus du pubis une tumeur dont il est facile de circonscrire les limites : on pourrait confondre cette tumeur avec la vessie distendue par l'urine ; mais le cathétérisme apprend bien vite à les distinguer, si l'on n'a pu le faire en palpant le ventre.

L'écoulement lochial se suspend ou diminue ; je l'ai vu cependant n'éprouver aucun dérangement, augmenter même et simuler une métrorrhagie. Ce dernier cas est excessivement rare ; mais il est important d'en être averti.

Le plus ordinairement les lochies sont remplacées par un flux séreux, blanchâtre ou purulent, dont l'abondance est très-variable. Ajoutez qu'un sentiment de chaleur et de cuisson plus ou moins pénible accompagne ce suintement purulent. La muqueuse vaginale est d'un rouge vif, le méat urinaire est boursoufflé : de là une des causes les plus fréquentes de la rétention d'urine.

Nous arrivons aux phénomènes généraux ou sympathiques.

Dès le début, la face revêt une empreinte de stupeur et de prostration fort remarquable ; elle exprime non la douleur, mais l'état d'indifférence dans lequel les malades sont plongées. Les traits sont bientôt immobiles ; les yeux s'enfoncent dans leurs orbites ; ils deviennent ternes, abattus, et s'éteignent peu à peu. La céphalalgie, qui se montre dès le principe, fait bientôt place au coma ou à un léger délire ; ce dernier signe est beaucoup plus rare ; la sensibilité et la myotilité générales diminuent, et révèlent l'atteinte profonde que le système nerveux éprouve dans ce genre de maladie.

La langue offre des signes variables : tantôt humide, tantôt sèche, tantôt rouge, d'autres fois jaunâtre ou noire. Les lèvres et les dents s'encroûtent de fuliginosités ; la soif est ardente et inextinguible.

Des nausées et des vomissemens, quelquefois répétés, causent aux

malades une vive anxiété; les matières vomies sont verdâtres, floconneuses et amères; leur quantité varie beaucoup.

Les déjections alvines sont ordinairement liquides, fréquentes, accompagnées ou précédées de borborygmes plus ou moins douloureux.

Le dévoiement peut manquer; mais quand il existe, il doit concourir à hâter la terminaison fatale : aussi est-il d'un mauvais présage.

La respiration éprouve une altération fort remarquable; elle est fréquente, costale et très-courte; les malades semblent à chaque instant menacées de suffocation : cette dyspnée n'est en rapport ni avec la douleur du ventre, ni avec son météorisme, ni avec l'état des organes thoraciques, dont l'intégrité est ordinairement parfaite : c'est une espèce de sidération du système nerveux.

Le pouls, d'une fréquence extrême, conserve la même fréquence, et devient même incommensurable dans les derniers jours de la maladie ; il est presque toujours ondulant, développé, mais facilement dépressible. Je ne lui ai jamais trouvé ni cette concentration ni cette dureté qui font l'un des caractères principaux de la péritonite.

La peau, d'abord chaude, âcre, se couvre d'un enduit terreux et d'une sueur visqueuse; quelquefois de nombreuses pétéchies apparaissent sur toute la surface de l'enveloppe tégumentaire : ce dernier signe est d'une gravité extrême, il annonce une mort imminente.

Enfin, il est un phénomène que je ne dois pas omettre; il se remarque dans toutes les maladies puerpérales : c'est le trouble de la sécrétion laiteuse; c'est le flétrissement des seins, qui s'opère avec une promptitude vraiment extraordinaire, dès qu'à la suite des couches une phlegmasie envahit un organe quelconque, mais surtout la matrice et le péritoine. A ce sujet, maintes et maintes hypothèses ont été admises ; ces hypothèses sont devenues la base d'une foule de préjugés, et même de plusieurs méthodes de traitement : de là les maladies laiteuses, de là le transport du lait dans la masse du sang ; de là ces dépôts, tantôt dans un organe, tantôt dans un autre; de là les mé-

thodes dépuratives qui avaient pour but d'éliminer du sang les élémens du lait. L'expérience a-t-elle sanctionné ces idées théoriques? l'expérience a-t-elle retrouvé dans le sang certains principes qui appartiennent au lait? Je ne sache pas que l'analyse chimique ait obtenu de semblables résultats; je ne sache pas que dans ces abcès laiteux elle ait constaté autre chose que du pus.

Mais je vais plus loin. Je suppose que l'on retrouve la matière caséeuse ou butyreuse, soit dans le sang, soit dans ces abcès prétendus laiteux, il resterait encore à résoudre la question de savoir si ces principes communiquent au sang des propriétés délétères?

L'état actuel de la science ne permet pas d'en donner une solution satisfaisante.

Du reste, quel que soit le rôle que joue l'absence de sécrétion laiteuse, bien qu'elle me semble un effet et non la cause de la maladie, on doit en tenir compte et chercher à la rappeler, parce que en général, toutes les fois qu'une fonction qui doit s'établir ne prend pas naissance, un désordre quelconque se manifeste dans l'organisme. C'est une loi féconde en applications.

Quant à la marche de la maladie, quant au mode suivant lequel les symptômes se succèdent, quant aux épiphénomènes qui apparaissent, on observe à cet égard un grand nombre de variétés.

Ainsi, j'ai vu plusieurs fois les symptômes acquérir en quelques heures une gravité foudroyante; deux fois même j'ai vu la maladie se terminer par la mort dix-huit heures après son invasion.

Le plus souvent, les symptômes se succèdent avec moins de promptitude; et, dans presque tous les cas, comme je l'ai déjà dit, il arrive une époque où la maladie paraît s'amender. En effet, la douleur abdominale, si elle existait, se dissipe entièrement; la diarrhée s'arrête; les vomissemens se suspendent; les malades se trouvent beaucoup mieux, elles se croient en voie de guérison, et demandent des alimens. Il ne faut pas s'en laisser imposer par cette apparence de bien-être; la mort est même imminente alors, si la douleur abdominale venant à cesser, le météorisme du ventre persiste ou même

s'accroît ; si la face conserve cette empreinte de stupeur, si les yeux restent caves et cernés, si le pouls redouble de fréquence, s'il est d'une faiblesse extrême, soyez sûr que l'absence de douleur n'est qu'un résultat de l'affaissement du système nerveux.

Ce défaut d'harmonie entre les symptômes locaux et l'ensemble des phénomènes sympathiques, cet épuisement de l'appareil nerveux, cette respiration pénible, anxieuse, cette menace de suffocation qui fait mal à voir, tous ces signes ne peuvent tromper qu'une personne qui n'a point l'habitude d'observer. Je n'ai vu guérir aucune des malades qui me les ont offerts.

La métro-péritonite compliquée de lymphangite est-elle susceptible d'avoir une heureuse terminaison? Si je m'en rapporte à mes propres observations, elle se termine constamment par la mort, dès qu'apparaissent les phénomènes typhoïdes, c'est-à-dire ceux qui, à nos yeux, en constituent le caractère pathognomonique, parce qu'alors la matrice et ses vaisseaux lymphatiques sont déjà remplis de pus : cette affection, arrivée à ce degré, n'est pas plus curable que la pneumonie au troisième degré, qu'une encéphalite à l'état de putrescence. Mais si dès le début on vient à combattre la maladie par des moyens appropriés, je pense qu'il est possible d'éviter la suppuration des vaisseaux lymphatiques.

La difficulté de porter le diagnostic avant que les phénomènes typhoïdes se manifestent nous empêche de rien affirmer à cet égard.

Du reste, quand on connaît tout le danger de la péritonite simple, on conçoit facilement combien doit offrir encore plus de danger une maladie que constituent l'inflammation du péritoine, celle de la matrice, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques dont nous avons donné la description ; on comprend dès-lors qu'il est important d'en prévenir le développement.

Les détails dans lesquels je suis entré pourraient, jusqu'à un certain point, me dispenser d'en établir le diagnostic ; car il suffit de comparer les symptômes que j'ai signalés avec ceux de la métrite ou de la métro-péritonite simple, pour en apercevoir les caractères dif-

férentiels : cependant, afin de les faire mieux ressortir, je vais indiquer succinctement les symptômes qui sont propres à chacune des affections décrites sous le nom de fièvre puerpérale.

1°. *Métrite simple.*

Matrice non revenue sur elle-même ; hypogastre douloureux avec ou sans la pression ; ventre plus ou moins tendu, mais indolent; cuissons en urinant, quelquefois rétention d'urine; lochies supprimées ou moins abondantes ; écoulement blanc, puriforme; au toucher, le col utérin est d'une chaleur âcre, entr'ouvert, endolori; constipation ou dévoiement, nausées et quelquefois vomissemens; face rouge, animée, exprimant la douleur, mais non grippée, mais nullement abattue et n'offrant aucune trace de stupeur; le pouls est plus ou moins développé et résistant. En un mot, pourvu qu'à l'ensemble des symptômes que je viens d'indiquer ne s'ajoutent point de phénomènes typhoïdes, il est permis d'assurer que la métrite est exempte de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ou veineux. A cet état la métrite est ordinairement peu grave, elle cède à l'emploi des antiphlogistiques.

2°. *Métro-péritonite simple.*

La scène change et prend un caractère bien autrement grave quand la péritonite accompagne la métrite. En effet, la douleur née de l'hypogastre envahit une étendue plus ou moins grande des parois abdominales ; elle acquiert une telle violence, que certaines malades ne peuvent supporter la moindre pression, pas même le poids des couvertures ; ajoutez que le ventre est tendu et météorisé ; le pouls est fréquent, petit, serré; la face grippée, l'œil vif, non abattu, non cerné, sans le plus léger signe de stupeur ; la langue humide, non enduite de fuliginosités ; nausées, vomissemens plus répétés que dans la métrite. La respiration est courte, costale, entrecoupée ; mais elle

n'offre pas ce cachet spécial qu'on lui retrouve dans le cas de lymphangite; et d'ailleurs ici la douleur abdominale explique jusqu'à un certain point cette difficulté de la respiration. Les facultés intellectuelles sont le plus souvent intactes. La marche de la maladie est quelquefois foudroyante; mais lorsque, malgré un traitement rationnel, la maladie a une terminaison fâcheuse, c'est du sixième au huitième ou dixième jour; elle est susceptible de passer à l'état chronique; enfin un traitement énergique en triomphe souvent. Je n'ai pas cru devoir insister sur d'autres phénomènes qui sont communs à ces deux affections.

3°. *Métrite compliquée de phlébite.*

La douleur abdominale est moins prononcée, plus sourde, plus profonde; souvent elle est nulle : le côté droit en est le siége le plus fréquent; le ventre se distend et se météorise; la matrice forme, comme dans les cas précédens, un relief plus ou moins sensible au-dessus du pubis; les lochies sont supprimées; s'il s'écoule un liquide à travers la vulve, sa nature varie : c'est une matière ou séro-sanguinolente, ou brunâtre, ou blanchâtre, ou purulente. Dès le principe, la face revêt une empreinte de stupeur et l'indifférence la plus complète; l'œil est morne, abattu; la langue offre des signes variables; une soif des plus ardentes tourmente les malades; mais ce qui constitue le caractère pathognomonique de la phlébite utérine, c'est le frisson qui revient chaque jour et à des heures irrégulières, et auquel succèdent des sueurs visqueuses et abondantes : on pourrait confondre ces accès avec ceux d'une fièvre intermittente pernicieuse; mais l'absence d'apyrexie dans l'intervalle des frissons, ne permet pas de commettre cette erreur. L'anxiété de la respiration est excessive : les malades semblent avoir un poids énorme à soulever pendant l'acte de la respiration; simultanément et sans cause connue, apparaissent des douleurs dans diverses parties du corps, sans rougeur et sans tuméfaction appréciables; on pourrait prendre ces dou-

leurs pour des rhumatismes. On observe encore une foule d'épiphénomènes plus ou moins bizarres : je n'en ferai pas mention.

4°. *Métrite compliquée de lymphangite.*

D'après ce que j'ai dit plus haut, il est évident que l'absence de frissons irréguliers est le seul signe qui distingue la lymphangite de la phlébite, car tous les autres phénomènes peuvent se rencontrer au même degré pendant le cours de ces deux affections ; toutefois il est important de noter que la phlébite étant souvent exempte de péritonite, a une marche moins prompte que la lymphangite.

5°. *Métrite gangréneuse.*

Ce genre d'affection succède ordinairement à un accouchement très-laborieux ; on le reconnaît à tous les signes généraux qui caractérisent la gangrène, mais principalement à l'odeur fétide et *sui generis* des matières brunâtres qui suintent à travers le col de l'utérus, à la sécheresse des parois vaginales, à l'indolence du ventre, à la petitesse du pouls, à sa dépression facile, et à cet anéantissement de toutes les forces qui accompagne toute espèce de gangrène.

Il est d'autres complications de la métrite, telles que l'inflammation des ovaires, des ligamens ronds et du tissu cellulaire qui remplit les ligamens larges.

Le toucher peut seul fournir des renseignemens positifs ; ainsi, quand sur les côtés de la matrice ou au niveau des fosses iliaques se développe, à la suite des couches, une tumeur circonscrite avec chaleur, douleur et réaction générale, on doit craindre l'inflammation des organes que j'ai cités plus haut.

Cette inflammation donne souvent naissance à des abcès plus ou moins volumineux, dont le diagnostic est parfois obscur. Ces abcès s'ouvrent à l'extérieur, ou dans le tube digestif, ou dans la vessie : ces deux derniers genres de terminaison offrent le plus de chances de guérison.

S'ils venaient à s'ouvrir dans le péritoine, la mort s'ensuivrait nécessairement. On en cite quelques cas; mais des adhérences s'établissent presque toujours entre les parois du foyer et les parties ambiantes; ces adhérences empêchent, dans l'immense majorité des cas, l'épanchement dans la cavité péritonéale, et préviennent les accidens qui en seraient le résultat inévitable.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet, pour ne point dépasser les limites de cette dissertation.

Une fois le diagnostic établi, rien de plus facile que d'en déduire le prognostic. Quoique presque toujours grave, il varie suivant le siége et la nature de la maladie; ainsi, le danger de la métrite simple est-il comparable à celui que présente la métrite compliquée de péritonite et de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ou veineux? Ces deux dernières complications se terminent par la mort d'une manière presque constante; la métro-péritonite est fort grave sans doute, mais on parvient à en triompher dans plusieurs circonstances, quand à son début on lui oppose de larges évacuations sanguines ou tout autre moyen qui lui soit approprié. Toutefois le prognostic des maladies puerpérales exige qu'on tienne également compte et de l'idiosyncrasie des malades, et de l'époque plus ou moins éloignée de l'accouchement; car les complications de la métrite sont d'autant plus à craindre que cette dernière affection suit de plus près l'expulsion du fœtus et de ses dépendances.

Traitement.

La première indication consiste à éloigner toutes les causes capables de faire naître ou d'entretenir la maladie. Les détails dans lesquels je suis entré plus haut me dispensent d'insister sur les moyens prophylactiques que l'hygiène nous suggère : je tomberais dans des répétitions fastidieuses si je voulais indiquer les mesures qu'on doit prendre pour mettre les nouvelles accouchées à l'abri d'une foule de circonstances extérieures dont l'influence est si grande et si palpable.

Je me contenterai de dire qu'il faut éviter l'encombrement, les variations brusques de température ; que les salles destinées aux nouvelles accouchées doivent être peu spacieuses, bien aérées à chacune de leurs extrémités, de manière qu'on puisse ouvrir les fenêtres sans que les malades soient exposées à se refroidir. J'ajouterai que les lits doivent laisser entre eux un intervalle de six ou huit pieds, et qu'on doit maintenir la température à peu près au même degré ; enfin le praticien doit s'attacher à prévenir ou à combattre toute espèce d'impression morale.

Quant à la conduite à tenir pendant l'acte de l'accouchement, quant aux autres soins hygiéniques que réclament les nouvelles accouchées, je m'abstiendrai d'en parler : les traités d'accouchemens renferment à cet égard tous les préceptes qu'on doit suivre dans cette circonstance.

J'arrive au traitement curatif.

Avant l'apparition des phénomènes typhoïdes, on doit employer les médications qui conviennent à la métro-péritonite simple; en un mot, on doit combattre l'inflammation et tâcher de prévenir la terminaison par suppuration. On a proposé un grand nombre de moyens, mais je crois devoir ne m'attacher qu'à ceux qui me semblent mériter la préférence.

1°. *Evacuations sanguines.* Elles sont indiquées dans la majorité des cas : il est cependant quelques exceptions où les saignées m'ont paru plus nuisibles qu'utiles; c'est lorsque, dès le principe de la maladie, se développe tout le cortége des phénomènes typhoïdes; la marche des symptômes est foudroyante : en quelques heures, les vaisseaux lymphatiques se remplissent de pus; je pense que dans des circonstances aussi graves aucune médication ne saurait réussir, et alors j'ajouterais une plus grande confiance dans les méthodes perturbatrices, dans les révulsifs violens sur l'enveloppe tégumentaire.

Toutes les fois, au contraire, que le pouls conserve de la force, quelque petit qu'il soit, que la peau est chaude, que le ventre est dou-

loureux et que la face ne revêt point encore le cachet typhoïde, il faut se hâter d'appliquer des sangsues ou à la vulve ou sur la région hypogastrique. Quant au nombre de sangsues à mettre en usage, quant au sang qu'on doit laisser écouler, cela varie suivant une foule de circonstances que le tact du praticien est seul capable d'apprécier. Si le pouls se relève sous l'influence de cette évacuation sanguine, si la face reprend une expression meilleure, il faut insister sur la méthode antiphlogistique : on est quelquefois obligé de réitérer plusieurs fois l'application des sangsues.

La saignée générale devrait être employée chez une malade de constitution robuste, pour faciliter l'action subséquente des sangsues. D'ailleurs il en est des émissions sanguines comme de toute espèce de médication; elles doivent être proportionnées à l'intensité de la maladie et à la force individuelle. La thérapeutique exige une connaissance approfondie du siége des maladies, de leur nature, de l'étendue qu'elles occupent; mais il est une autre étude aussi importante que la première pour le praticien; c'est celle des individualités : il y a un *nescio quid* dans l'ensemble de la physionomie, dans l'appréciation exacte du pouls et d'autres phénomènes généraux et individuels, qui guident le médecin praticien, qui l'engagent à employer telle méthode de traitement plutôt que telle autre; c'est là du reste ce qui constitue le tact médical : ce *nescio quid* peut être senti, mais ne saurait s'exprimer.

Il arrive une époque où les évacuations sanguines sont réellement nuisibles : c'est celle où les phénomènes typhoïdes apparaissent, où le pouls faiblit, où la face s'altère profondément, où les yeux s'éteignent, où la douleur abdominale se dissipe; alors les vaisseaux lymphatiques sont injectés de pus.

Simultanément avec les évacuations sanguines, on doit recourir à d'autres moyens accessoires : je veux parler des cataplasmes émolliens, des fomentations sur le ventre, des injections adoucissantes dans le vagin. Si l'on emploie les injections, il faut éviter que les malades ne soient soumises à l'action de l'air; le moindre refroidisse-

Le tartre stibié a été regardé comme le spécifique de la fièvre puerpérale; ce moyen peut également réussir quand on l'emploie au début de la maladie, quand la suppuration des vaisseaux lymphatiques ne complique point encore la métrite, et quand il n'existe aucune phlegmasie gastro-intestinale; d'ailleurs ce moyen exige également une grande prudence, et les cas où il est permis d'y avoir recours sont, suivant moi, infiniment rares.

Préparations mercurielles. Le proto-chlorure de mercure, donné à l'intérieur, à la dose de douze ou de dix-huit grains, en six ou neuf prises, est de toutes les préparations mercurielles celle qu'on a le plus vantée.

Cette méthode, que les Anglais emploient contre une foule de maladies, compte, disent-ils, beaucoup de succès; je suis loin de contredire leurs résultats; mais tout ce que je puis dire, c'est qu'en France cette méthode est bien loin de jouir d'une si grande vogue; elle est bien loin de compter d'aussi nombreux succès. Encore une fois, les cas où le calomélas a réussi ne sont point assez précis pour en déduire des conséquences pour le traitement de la lymphangite utérine.

Les frictions mercurielles ont été recommandées dès le début de la fièvre puerpérale; elles ont réussi dans quelques cas, et échoué dans d'autres. D'après ce que j'ai observé, elles n'ont point réussi dans le cas où la lymphangite compliquait la métrite.

Il est une méthode que les Anglais ont employée dans ces derniers temps; je veux parler de l'huile essentielle de térébenthine, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur. Les résultats fournis par ce dernier moyen se trouvent consignés dans la thèse de M. le docteur *Alfaros*.

Mais les observations ne m'ont point paru assez rigoureusement faites pour que je puisse émettre une opinion quelconque touchant l'efficacité de l'essence de térébenthine.

Enfin parviendra-t-on jamais à neutraliser les effets que les molé-

cules du pus vont exercer sur l'économie animale ? Trouvera-t-on une substance qui rende au sang les propriétés normales, comme on a trouvé le moyen d'annihiler l'influence de l'acide prussique, de l'hydrogène sulfuré, et d'autres substances vénéneuses ?

L'expérience rationnelle est seule appelée à résoudre ces questions ; mais jusque-là nous devons nous efforcer de prévenir le développement de la lymphangite utérine ; et une fois développée, nous devons nous hâter de la combattre par tous les moyens que j'ai indiqués plus haut, et qui peuvent empêcher sa terminaison par suppuration.

PROPOSITIONS

SUR

LE CHOLÉRA-MORBUS.

I.

La cause du choléra nous échappe ; celle des autres maladies épidémiques ne nous est pas mieux connue ; nous sommes réduits au *nescio quid* des anciens.

II.

Le choléra n'est point une maladie contagieuse : la cause qui le fait naître agit à la fois sur tous les individus d'une même localité.

Les fatigues, la misère, les excès de tout genre, la frayeur et tout ce qui trouble le travail de la digestion, exercent l'influence la plus fâcheuse, deviennent souvent les causes occasionelles du choléra.

III.

Le tube digestif est le siége anatomique du choléra. M. *Serres* et moi nous y avons trouvé une lésion constante ; c'est l'éruption de granulations papilleuses, et le développement anomal des follicules

de *Brunner*. Cette altération nous a paru constituer le caractère principal du choléra; nous l'avons désignée sous le nom de *psorenterie* (1).

IV.

Les plaques de *Peyer* subissent presque toujours un certain degré d'hypertrophie; mais, comparée aux myriades de granulations intestinales, la lésion des glandes de *Peyer* ne joue qu'un rôle secondaire.

V.

La rougeur plus ou moins vive de la membrane muqueuse dépend ordinairement de l'injection des vaisseaux sous-muqueux : on peut s'en assurer en détachant la membrane muqueuse. En général, l'injection des vaisseaux prédomine autour des granulations dont la base répond au tissu cellulaire sous-muqueux.

VI.

Quand les malades succombent plusieurs jours après la période algide, les granulations papilleuses sont en grande partie effacées; et à leur place on trouve l'épithélium plus ou moins détruit, et même quelquefois de légères érosions de la membrane muqueuse. C'est vers la fin de l'iléon que les granulations ont le plus de durée.

VII.

Nous n'avons rencontré aucune lésion constante dans les autres appareils d'organes.

L'estomac nous a présenté tous les degrés divers de son inflammation.

---

(1) *Psorenterie*, ψορα, *bouton*, ιντερον.

VIII.

Nous avons trouvé un rapport assez exact entre la gravité des symptômes et la confluence des granulations papilleuses : ainsi, suivant que la diarrhée ou les vomissemens prédominaient, c'était vers la fin ou au commencement de l'intestin que l'éruption se montrait plus développée.

IX.

Pour bien étudier ces granulations papilleuses, nous les avons examinées à la loupe et au microscope. Elles se sont présentées d'abord sous la forme d'une houpe soyeuse ou villeuse ; mais, ayant écarté les villosités à l'aide d'une aiguille à cataracte, nous vîmes une espèce de bouton charnu, dont le sommet était seul dépouillé de villosité ; nous n'y aperçûmes aucune dépression centrale, aucun godet, rien, en un mot, qui ressemblât à un follicule de *Brunner*. La structure de ces granulations nous parut identique avec celle de tous les tissus muqueux.

X.

Ruysch fait mention de ces granulations papilleuses ; il dit les avoir observées chez un individu qui succomba par suite de la colique de *miserere* : c'est ce qui lui fit admettre dans l'intestin une membrane papilleuse.

XI.

Que cette éruption intestinale soit primitive ou consécutive, c'est un fait hors de doute ; chacun a pu la constater, sinon dans tous les cas, du moins dans le plus grand nombre : quant à nous, nous n'avons rencontré à cet égard aucune exception ; ce qui tient peut-être à l'attention que nous avons portée dès le principe sur ce genre de lésion.

XII.

Une fois qu'on s'écarte des faits, le champ des hypothèses est vaste ; chacun peut l'exploiter avec plus ou moins de sagacité : les altérations du sang et du système nerveux, qu'on n'apprécie pas, ou qu'on apprécie difficilement, donnent une explication de tous les phénomènes qui échappent à nos investigations.

XIII.

La diarrhée est ordinairement le symptôme précurseur du choléra ; les vomissemens et les crampes en marquent rarement le début. Dans quelques cas où le choléra s'est montré foudroyant, ces trois symptômes ont apparu en même temps : j'ai vu manquer les crampes et les vomissemens : la diarrhée m'a paru constante. On cite quelques exceptions à cet égard, mais je n'en ai point observé.

XIV.

Les autres phénomènes qui caractérisent le choléra suivent d'une manière plus ou moins rapide le désordre survenu du côté de l'appareil digestif.

XV.

Presque tous les organes perdent leur vitalité en même temps : le cœur ne fait plus qu'osciller, et de là un grand nombre de phénomènes qui en découlent immédiatement ; trouble de la respiration, cyanose, diminution de la chaleur et des sécrétions, ou des exhalations dans le tissu cellulaire et dans les membranes séreuses. Cependant, il faut le dire, le trouble de la circulation ne rend pas compte de la rapidité de certains phénomènes, tels que le dessèchement du tissu cellulaire sous-cutané, l'affaissement des yeux, la dessiccation

de leurs cornées : on est obligé de reconnaître que ni la cessation des sécrétions, ni l'évaporation spontanée, n'en donnent une explication satisfaisante. Un cadavre abandonné à lui-même ne perd jamais aussi rapidement ni la souplesse de ses tissus, ni son élasticité ; il est probable que la résorption enlève à nos tissus une partie de la sérosité qu'ils contiennent.

XVI.

On ne peut admettre que la sécrétion intestinale soit un résultat passif de la stase du sang dans les veines mésaraïques, quand bien même on supposerait que le sang concentré dans la veine-porte et dans la veine-cave est refoulé sur les intestins par les efforts des vomissemens ; car on sait que dans tous les cas où un obstacle quelconque retient le sang dans nos tissus, l'épanchement de sérosité s'effectue dans le tissu cellulaire et dans les membranes séreuses ; et d'ailleurs comment expliquer la nature des selles, qui, quoique analogues à de l'eau de riz, offrent cependant de si grandes variétés.

XVII.

La viscosité du sang, sa coloration noire, même dans le système artériel, résultent de la sécrétion active des intestins et du trouble de la respiration.

XVIII.

C'est dans les ressources de l'hygiène qu'il faut chercher les moyens de se soustraire au choléra ; mais, en général, on doit éviter tout ce qui peut troubler l'acte de la digestion.

XIX.

Dans le traitement du choléra, il faut s'attacher à suivre les indications ; ainsi, quand le pouls est insensible, quand la peau est

froide, bleue; quand l'abdomen n'accuse aucune douleur, sans ou avec la pression; quand la langue est humide, les toniques diffusibles à l'intérieur sont parfaitement indiqués.

Si, au contraire, l'abdomen est le siége d'une douleur plus ou moins vive, si le pouls est fréquent quoique faible, si la peau est violacée, il faut recourir à la saignée générale ou locale, et plus spécialement à cette dernière, et aux boissons froides et adoucissantes.

La glace, l'eau gazeuse ont souvent réussi à calmer les vomissemens trop opiniâtres.

XX.

La période de réaction exige une grande surveillance; c'est à cette époque surtout qu'il devient indispensable de recourir aux évacuations sanguines; c'est alors que les révulsifs puissans sur l'enveloppe cutanée se montrent utiles.

FIN.